

Aino Lummikko

LEIKKAUKSEN JÄLKEISEN KIVUNHOIDON KIRJAAMINEN  
RAUMAN ALUESAIRAALASSA

Hoitotyön koulutusohjelma  
2016

# LEIKKAUKSEN JÄLKEISEN KIVUNHOIDON KIRJAAMINEN RAUMAN ALUESAIRAALASSA

Lummikko, Aino  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Toukokuu 2016  
Ohjaaja: Ajanko, Sirke  
Sivumäärä: 30  
Liitteitä: 3

Asiasanat: kivunhoito, kirjaaminen, retrospektiivinen asiakirja-analyysi, kivun arviointi

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, miten leikkauksen jälkeinen kivunhoidon kirjaaminen toteutuu Rauman aluesairaalan kirurgisella osastolla. Tarkoituksena oli tutkia potilasasiakirjoista kirjaamisen toteutumista kivunhoidon eri osa-alueilla. Rauman aluesairaalassa siirryttiin hoitotyön prosessin mukaiseen kirjaamiseen marraskuussa 2015. Tutkimuksessa hyödynnettiin potilasasiakirjoja sekä vanhan (6.2.2015 – 21.10.2015) että uuden (1.12.2015 - 14.4.2016) kirjaamiskäytännön ajalta. Tavoitteena oli kehittää kirurgisen leikkauspotilaan leikkauksen jälkeistä kivunhoidon kirjaamista. Tavoitteena oli myös vertailla uudesta ja vanhasta kirjaamiskäytännöstä saatuja tuloksia keskenään ja selvittää onko uusi kirjaamiskäytäntö kehittänyt kivunhoidon kirjaamista.

Tutkimus toteutettiin retrospektiivisenä asiakirja-analyysinä. Aineisto kerättiin sähköisistä potilasasiakirjoista tulosteina. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Rauman aluesairaalan kirurgian vuodeosastolla leikkauksen jälkeisessä hoidossa olleiden potilaiden kivunhoidon kirjaamiset (n=80). Otos muodostui 40 vanhan sekä 40 uuden kirjaamiskäytännön aikaisista hoitokertomuksista. Aineisto analysointiin analysointirungon avulla, joka koostui kivun arvioinnin, kivunhoidon toteuttamisen, kivunhoidon vaikuttavuuden arvioinnin ja lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien osa-alueista. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti. Tulokset esitettiin lukumäärinä ja prosentteina ja niitä havainnollistettiin taulukoiden avulla.

Tutkimustulokset osoittivat, että kivun arvioinnista oli kirjattu hyvin vähän. Kivunvoimakkuuden mittaamista kipumittarilla ei ollut kirjattu lähes ollenkaan. Kivunvoimakkuutta liikkeessä ja levossa oli kirjattu melko vähän. Parhaiten kivun arvioinnista oli kirjattu kivun sijaintia potilaan kertomana. Kivunhoidon toteuttamisesta parhaiten oli kirjattu lääkemäärä ja lääkkeen vahvuus. Kivunhoitomenetelmän tehokkuutta ja kipulääkkeen vaikutusta oli kirjattu melko vähän. Lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä oli käytetty eniten kylmähoitoa. Uusi kirjaamisjärjestelmä oli parantanut lääkkeen määrän, vahvuuden ja antoajan kirjaamista. Uuden kirjaamiskäytännön tuloksissa nämä kolme asiaa oli kirjattu kaikkiin hoitokertomuksiin (n=40).

Jatkotutkimusaiheita Rauman aluesairaalassa voisivat olla kivun voimakkuuden mittaaminen ja kivunhoidon vaikuttavuuden arviointi. Tutkimusaiheet sopisivat esimerkiksi heräämööseen ja päiväkirurgian osastolle.

# RECORDING PAIN CARE AFTER A SURGERY IN RAUMA DISTRICT HOSPITAL

Lummikko, Aino  
Satakunta University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing  
September 2016  
Supervisor: Ajanko, Sirke  
Number of pages: 30  
Appendices: 3

Key words: pain care, recording, retrospective document analysis, pain assessment

---

The purpose of this thesis was to explore recording of pain care after a surgery in a surgical ward in Rauma District Hospital. More specifically, the purpose was to study recording of different areas of pain care from patient documents. Rauma District Hospital started a new recording practice which complies with the nursing process in November 2015. Both old patient records and new patient records were explored in the thesis. The aim was to develop recording of pain care after surgery. Another aim was to compare the results from the old recording practice with the results from the new one to find out whether the new practice has developed recording of pain care.

The thesis was carried out as a retrospective document analysis. The data were collected from e-records as prints. The data consisted of the recordings of pain care among patients being treated after surgery on the surgical ward of Rauma District Hospital (N=80). The sample consisted of 40 recordings from the period before the new practice and 40 recordings from the period with the new recording practice. The data were analyzed with a frame which included the following parts: assessment of pain, implementation of pain care, evaluation of the effectiveness of pain care and drug-free treatment. The data were analyzed statistically and the results are presented in figures and per cents. The results were also illustrated by tables.

The results show that only some recordings were made on pain assessment. There were hardly any mentions of pain measurement with a pain gauge. There were only a few recordings of the strength of pain in motion and in rest. Most recordings on pain evaluation were about the site of pain as described by the patient. The recordings on pain medication included the amount and strength of the medicine. There were not many recordings on the effectiveness of a pain care method and the effects of pain medicines. The most often used drug-free method was cold treatment. The new recording method had improved recording of the administration time, amount and strength of the medicine. All the samples from the new recording practice included these recordings (N=40).

Topics for future studies in Rauma District Hospital could include pain measurement on a pain scale and assessment of the effectiveness of pain care. These topics are suitable for example for the recovery room and day surgery unit.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KIVUNHOITO.....	5
2.1	Kivun tunnistaminen ja arviointi .....	5
2.2	Kivunhoidon toteuttaminen .....	8
2.3	Kivunhoidon vaikuttavuuden arviointi .....	10
2.4	Kivunhoidon kirjaaminen .....	10
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT ...	12
4	TUTKIMUKSEN SUORITTAMISTAPA.....	13
4.1	Tutkimusmenetelmä.....	13
4.2	Kohdeorganisaatio .....	14
4.3	Aineiston keruu ja analysointi .....	15
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	15
5.1	Kivun arviointi.....	16
5.2	Kivunhoidon toteuttaminen ja vaikuttavuuden arviointi .....	18
5.3	Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät.....	21
5.4	Hoitopäivät neljä ja viisi .....	22
5.5	Kivun arviointi.....	22
5.6	Kivunhoidon toteuttaminen ja vaikuttavuuden arviointi .....	23
5.7	Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät.....	24
6	POHDINTA.....	24
6.1	Tulosten tarkastelua .....	24
6.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	28
6.3	Tutkimuksen eettisyys .....	29
6.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	29
6.5	Oman ammatillisen kehittymisen arviointi .....	30
	LÄHTEET.....	31
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Kivun hoitotyön leikkauksen jälkeistä kivun hoidon kirjaamista on tutkittu Helsingin uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Tutkimustulokset osoittivat, että kirjaamismerkintöjä oli hyvin vähän kivun mittaamisesta ja arvioinnista sekä potilasohjauksesta. (Sepänen & Snellman, 2014, 2.) Kivun hoidon kirjaamista on tutkittu myös terveyskeskussairaalassa asiakirja-analyysina. Tutkimustulokset osoittivat, että kivusta tai kivuttomuudesta oli merkintä vain vajaassa kolmanneksessa asiakirjoista. Lääkehoidosta oli kirjattu hyvin, mutta kivun arvioinnista tai kivun hoidon vaikuttavuudesta ei ollut merkintöjä. (Holopainen & Kantonen, 2010, 2.)

Rauman aluesairaalaan pyydettiin Satakunnan ammattikorkeakoulun opiskelijoilta opinnäytetyötä kivunhoitotyöhön liittyen. Aihe on ajankohtainen, koska Rauman aluesairaalan kirurgisten potilaiden leikkauksen jälkeistä kivunhoidon kirjaamista ei ole ennen tutkittu. Kohdeorganisaationa on Rauman aluesairaalan kirurginen erikoissairaanhoito-osasto. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä retrospektiivinen asiakirja-analyysi Rauman aluesairaalan kirurgisten leikkauspotilaiden leikkauksen jälkeisestä kivunhoidon kirjaamisesta. Kirjaamista tutkitaan sähköisistä potilasasiakirjoista. Osaston kirurgiset potilasryhmät koostuvat ortopedisistä, yleiskirurgisista ja päivystyksenä tulevista potilaista. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää millaisia puutteita ja mitä kehityskohteita hoitajilla on leikkauksen jälkeisen kivunhoidon kirjaamisessa.

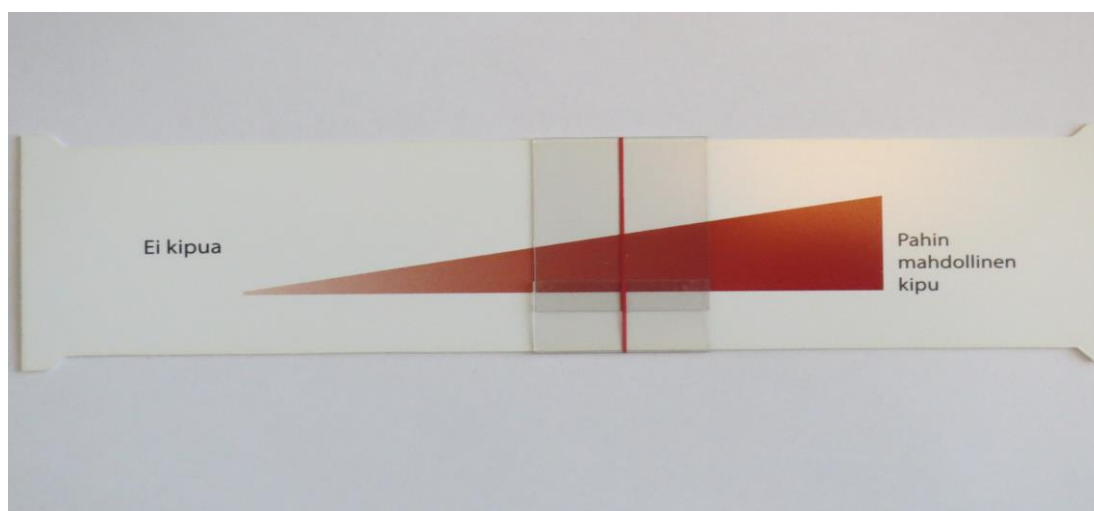
## 2 LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN KIVUNHOITO

### 2.1 Kivun tunnistaminen ja arviointi

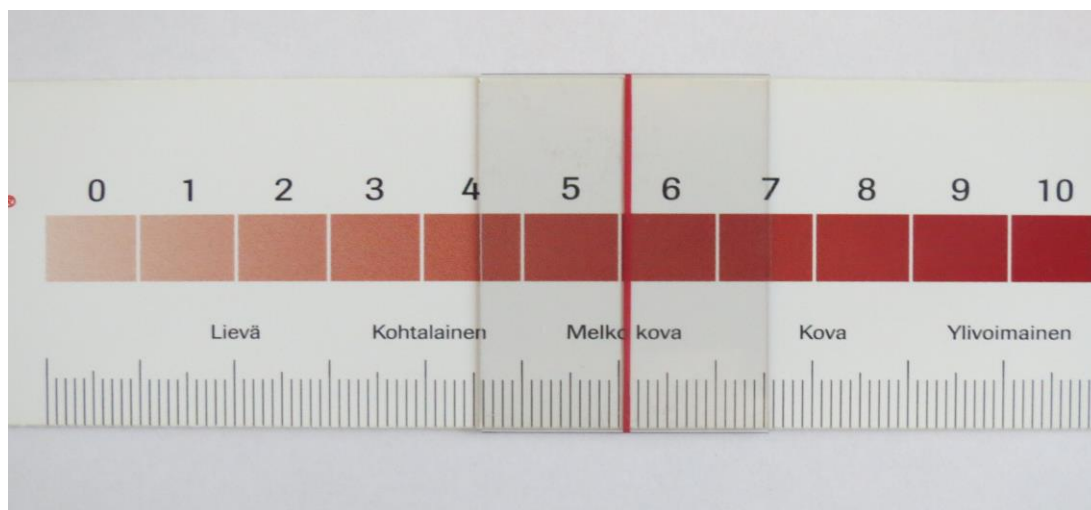
Kivun tunnistamisessa hoitajan on tärkeää selvittää kivun voimakkuus, sijainti ja onko kipua kehoa kuormittaessa tai levossa (Jalonen, Junttila, Niemi-Murola, Metsävainio & Pöyhiä 2014, 148). Hoitotyön suosituksen mukaan kivun tunnistamisessa tulee kiinnittää huomiota potilaan pelkoon, ahdistukseen ja mahdolliseen masentumi-

seen. Suosituksen mukaan myös aiemmat kipukokemukset ja potilaan sukupuoli sekä toimenpiteen laajuus vaikuttavat potilaan leikkauksen jälkeiseen kipuun. Naisten on todettu olevan kipuherkempiä kuin miehet. Toimenpiteistä kivuliaimmiksi nimettiin polvi-, lonkka- ja olkapääleikkaukset ja keuhko- ja ylämahaleikkaukset sekä munuaisiin kohdistuvat leikkaukset. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013, 10-11.)

Kivun voimakkuutta voidaan arvioida erilaisilla kipumittareilla. Visuaalinen analogiasteikko eli VAS (visual analogue scale) on kipujana, jonka vasen ääripää kuvaa tilannetta, jossa potilaalla ei ole ollenkaan kipua ja janan oikea ääripää kuvaa pahinta mahdollista kipua. Potilasta pyydetään osoittamaan janalta kohtaa, joka kuvaa potilaan sen hetkistä kivun tunnetta. Visuaalisena mittarina käytetään myös punaista kipukiilaa, jossa asteikon kasvaminen punaisemmaksi havainnollistaa kivun kasvamista (Kuvio 1). Kiilan kääntöpuolella on numeerinen asteikko NRS (numeric rating scale) nollasta kymmeneen, joka kuvaa kivun voimakkuutta niin, että 0 tarkoittaa lievää kipua ja 10 sietämätöntä kipua (Kuvio 2). Kiilan kääntö puolelta saadaan VAS-arvo. (Haanpää ym. 2009, 55.)



Kuvio 1. Kipukiila, jossa asteikon kasvaminen punaisemmaksi havainnollistaa kivun kasvamista.



Kuvio 2. Numeerinen asteikko kiilan kääntöpuolelta, jossa 0 tarkoittaa kivuttomuutta ja 10 ylivoimaista kipua.

Kipua voidaan arvioida myös sanallisin asteikoin (VRS, verbal rating scale), jossa potilaan kokema kipua voidaan pisteyttää: ei kipua (0), lievä kipua (1), kohtalainen kipua (2), kova kipua (3) ja sietämätön kipua (4). Kivun voimakkuutta pitäisi arvioida levossa ja potilaan liikkeessä ja hänen vaihtaessa asentoaan. (Jalonen ym. 2014, 145.) Kipumittareista tulisi käyttää pääosin potilaan itse valitsemaansa kipumittaria. Samaa kipumittaria olisi hyvä käyttää koko hoidon ajan. (Hoitotyön suositus 2013, 12.)

Myös potilaan kipukäyttäytymistä pitää seurata. Kivusta viestivät kasvojen kärsivä ilme, pelko, levottomuus, kipualueen suojelu, erikoinen asento, sydämen sykkeen sekä verenpaineen nousu ja hengityksen muuttuminen. Kommunikoimaan kykenevä potilaan kipukäyttäytymisestä tulee seurata kasvojen ilmeitä, ääntelyä, kehon liikehdintää sekä muutoksia persoonallisuudessa ja päivittäisissä toiminnoissa. (Hoitotyön suositus 2013, 14-15.)

Dementoituneille potilaille on tehty havaintomittari PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia), jolla tarkkaillaan potilaiden kasvojen ilmeitä, ääntelyä, kehon kieltä ja lohdutuksen tarvetta. Päivärinnan (2013) opinnäytetyössä tutkittiin muistisaira potilaan kivun arviointia PAINAD-mittarin avulla. Tutkimuksessa selvitettiin hoitajien kokemuksia PAINAD-mittarin käytöstä. Hoitajat kokivat mittarin helppokäyttöiseksi ja monipuoliseksi apuvälineeksi muistisaira potilaan kivun arvioinnissa. Hoitajat kokivat kivun arvioinnin olevan laadukkaampaa PAINAD-mittaria käyttämällä ja lääkehoidon tarkentuneen. (Päivärinta 2012, 2.)

Pajunen ja Toppi (2014) ovat tutkineet kivun arviointia ja kirjaamista sairaanhoitajien kokemana kirurgisilla vuodeosastoilla Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimuksessa selvitettiin, mitä asioita sairaanhoitajat kokivat kivun arviointia ja kirjaamista edistävinä ja estävinä tekijöinä. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeiden avulla, joihin 34 sairaanhoitajaa vastasi (n=34). Sairanhoitajista suurin osa (70 %) oli vastannut käyttävänsä VAS-mittaria kivun mittaamiseen. Suurin osa (80 %) sairaanhoitajista kokivat keskittyvänsä kivun kirjaamisessa enemmän kivun laadun ja sijainnin kuvailuun kuin kivun numeeriseen kirjaamiseen. Kivun arviointia ja kirjaamista estäviksi tekijöiksi koettiin kiire ja yhteistyö potilaan kanssa, joka ei ole orientoitunut paikkaan eikä aikaan. Edistäviksi tekijöiksi koettiin kiireetön työpäivä ja potilaan kyky arvioida omaa kipuaan. (Pajunen & Toppi 2014, 2, 30, 31, 35.)

## 2.2 Kivunhoidon toteuttaminen

Kivunhoitotyöllä tarkoitetaan kipua kokevan potilaan ja hänen omaistensa auttamista hoitotyön keinoin. Hoitajalta edellytetään kykyä tunnistaa potilaan kipu ja valita sopiva hoitotyön auttamiskeino ja kivunhoidon auttamiskeino eri tilanteissa. Hoitajan pitää myös arvioida hoidon onnistumista. Potilas itse on asiantuntija omassa kipukokemuksessaan. (Hagelberg, Kauppila, Närhi & Salanterä 2006, 9,75.)

Leikkauksen jälkeistä akuuttia kipua hoidetaan ensisijaisesti suun kautta otettavilla lääkkeillä. Tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia määrätään kaikille potilaille, jos siihen ei ole estettä. Pintakirurgisten leikkausten jälkeisessä kivunhoidossa voivat riittää tulehduskipulääkkeet eli NSAID (non-steroidal anti-inflammatory drug) lääkkeet tai parasetamoli. Lisäksi niiden rinnalla voidaan käyttää myös kodeiinia. (Jalonen, Junttila, Metsävainio, Niemi-Murola & Pöyhä 2012, 142.)

Suurten leikkausten jälkeiseen kivunhoitoon käytetään opioideja. Opioidit ovat voimakkaita kipulääkkeitä, jotka vaikuttavat keskushermostoon ja aivojen ja selkäytimen alueella oleviin kivunsäätöjärjestelmän osiin. Vahvoja opioideja ovat esimerkiksi oksikodoni ja fentanyl. Heikkoihin opioideihin luokitellaan esimerkiksi tramadoli ja kodeiini. Opioidit voivat aiheuttaa pahoinvointia, oksentelua ja jopa hengityslä-



maa. (Vainio 2009.) Jos potilas ei pysty ottamaan lääkkeitä suun kautta, annetaan kipulääkkeet suonensisäisesti tai injektioina lihakseen. Heräämössä pyritään saamaan potilaan leikkauskipu hallintaan suonensisäisesti annetuilla opioidiannoksilla, kun taas kirurgian vuodeosastolla opioidia on määrätty tablettina ja injektiona. (Jalonen ym. 2012, 142.)

Infuusiotekniikat ovat parhaita kivunhoitomenetelmiä suurten leikkausten kuten keuhko-, vatsa- ja luuleikkauksien yhteydessä. Näistä yleisimpiä on PCA- kipupumppu (patient-controlled analgesia), josta potilas annostelee itse infuusiolaitteiston annostelijapainikkeen avulla opioideja laskimoon. Lääkäri on asettanut laitteeseen kipulääkkeen kerta-annoksen ja enimmäismäärät. Liiallinen kipulääkkeen saanti on estetty lukituksella. (Jalonen ym. 2012, 143.) Myös epiduraalista kivunhoitoa käytetään suurien leikkausten jälkeen kivun lievityksessä. Selän epiduraalitilaan asetetaan katetri, jonka kautta annostellaan kipulääke-puudutusaineseosta pumpun avulla epiduraalitilaan. Hoitaja valvoo ja säätää pumpun nopeutta kivun voimakkuuden mukaan. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin www-sivut 2016)

Leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa käytetään myös lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä, kuten kylmähoito, rentoutusharjoitukset ja hieronta. Lääkkeetön kivunhoito auttaa parhaiten yhdistettynä lääkkeelliseen kivunhoitoon. Asentohoidolla voidaan vähentää lihasjännitystä ja parantaa potilaan verenkiertoa. Potilaan asentoa voidaan kohentaa esimerkiksi käyttämällä erilaisia tyynyjä polvitaipeden, nilkkojen ja käsivarsien alla. Asentohoidossa täytyy kuitenkin muistaa toimenpiteestä johtuvat liikerajoitukset. Kylmähoidolla saadaan lievitettyä leikkausalueen turvotusta ja tulehdusreaktiota. Kylmäpakkausta pidetään 20 - 30 minuuttia kerrallaan leikkausalueella. Kylmähoitoa ei suositella annettavan tunnottomalle ihoalueelle. Hieronnalla voidaan rentouttaa ja helpottaa lihasjännitystä. Potilaan ajatuksia ja huomiota voidaan viedä pois kivusta esimerkiksi rentoutusharjoitusten ja musiikin kuuntelun avulla. (Hoikka, Heikkinen & Honkanen 2013, 203.)

### 2.3 Kivunhoidon vaikuttavuuden arviointi

Kivunhoidon vaikutuksen arviointi on yhtä tärkeää kuin itse hoito. Hoidon vaikuttavuuden arviointia toteutetaan saman kipumittarin avulla, jota on käytetty potilaan kivun arviointiin ennen kivunhoitomenetelmän aloittamista. Myös muiden kivunhoitomenetelmien tehokkuutta arvioidaan. Hoitojen tehokkuuden lisäksi on tärkeää arvioida myös niistä mahdollisesti aiheutuvia haittavaikutuksia. Lääkityksen tehoa tulisi akuutissa kivunhoidossa arvioida 20 - 30 minuutin kuluttua lääkkeen ottamisesta tai heti lääkkeen tavanomaisen vaikutusajan jälkeen. Leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa tavoitteena on, että potilaan kivun voimakkuus on VAS- asteikolla alle 3/10. Sanallisella asteikolla tällä tarkoitetaan lievää tai siedettävää kipua. Lääkkeiden ja muiden kivunhoitomenetelmien vaikutus on tärkeää kirjata potilasasiakirjoihin, jotta löydetään tehokas ja yksilöllinen kivunhoitomenetelmä. (Hagelberg, Kauppila, Närhi & Salanterä 2006, 100-101.)

### 2.4 Kivunhoidon kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan hoitohenkilökunnan kirjaamista potilaan päivittäisestä hoidosta potilasasiakirjoihin. Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilastietoja ja asiakirjoja, joissa on merkintöjä potilaan hoitotapahtumista. Sähköisessä potilaskertomuksessa näkyvät eri ammattiryhmien tekemät merkinnät aikajärjestyksessä. Nämä merkinnät koostuvat potilaan mahdollisista avohoito- ja kotihoitokäynneistä sekä osastohoitojaksoista. Hoitokertomus on osa potilaskertomusta, johon hoitohenkilökunta ja myös muut ammattiryhmät kirjaavat potilaan moniammatillisen hoitoprosessin eri vaiheiden toteutumisesta. (Ahonen ym. 2012, 44-45.) Hoitotyön kirjaamiset ovat tärkeitä potilaan oikeuksien kannalta ja toimivat myös hoitohenkilökunnan oikeusturvana (Ensio, Saranto, Sonninen & Tantt 2007, 15).

Hoitotyön kirjaamista ohjaavat lait kuten henkilötietolaki (STM1999), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (STM 1992), laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (STM 2007, päivitys 2010) ja terveydenhuoltolaki (STM 2011). Kirjaamista säätelevät myös erilaiset asetukset, joista keskeisimpänä sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (STM 2009) ja asetus laadunhallin-

nasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (STM2011). (Ahonen ym. 2012, 45.)

Leikkauksen jälkeisestä kivunhoidon kirjaamisesta tulisi ilmetä potilaan kivun voimakkuus VAS, NRS, tai VRS mittarilla mitattuna. Kivun voimakkuus tulee mitata ja kirjata uudelleen hoitotoimien jälkeen ja vähintään kerran työvuoron aikana. Hoitajan pitäisi myös mainita kivun voimakkuudesta sekä liikkeessä että levossa. Kirjaamisesta pitää ilmetä käytetty kivunhoitomenetelmä kuten iv-PCA ja epiduraalianalgesia. Jatkuvista tekniikoista pitää kirjata infuusionopeudesta ja lääkeaineen koostumuksesta. PCA-kivunhoidosta tulisi kirjata vuorokausittain lääkeaineen kulutus. Myös kivunhoidon muutoksista ja lääkkeen tai kivunhoitomenetelmän lopettamisesta pitää kirjata. Kivunhoidon haittavaikutukset ovat myös tärkeitä asioita muistaa kirjata. Opioidilääkityksen yhteydessä tulee kirjata, jos potilas on vaikeasti heräteltävissä tai pahoinvoiva. Spinaali- ja epiduraalianalgesiaa käytettäessä tulee tarkkailla potilaan verenpainetta, tajunnan tasoa ja alaraajojen lihasvoimaa. (Suomen Anestesiologiyhdistyksen www-sivut 2012.)

Hedman ja Hänninen (2013) ovat tehneet opinnäytetyönään tutkimuksen hyvästä kivunhoidon kirjaamisesta. Tutkimus on toteutettu kirjallisuuskatsauksena ja sen pohjalta on tehty opas hoitohenkilökunnalle hyvän kivunhoidon kirjaamisesta. Tärkeimmäksi kivunhoidon kirjaamisessa nousi kivun arviointi, arvioinnin tuloksen kirjaaminen potilasasiakirjoihin ja kivunhoidon vaikuttavuuden arviointi. Kirjallisuuskatsauksen tutkimustulokseksi saatiin, että kivunhoidon kirjaamisessa on puutteita etenkin kivun arvioinnissa sekä kivunhoidon vaikuttavuuden kirjaamisessa.

Seppänen ja Snellman (2014) ovat tutkineet kirurgisen potilaan kivun hoitotyön kirjaamista kirurgisella vuodeosastolla Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella. Työn tarkoituksena oli arvioida kivun hoidon kirjaamisen toteutumista HUS:n asiantuntijoiden laatimaa Care Bundle- ohjeistusta apuna käyttäen. Ohjeistukseen sisältyy potilasohjausta kivunhoidon eri osa-alueista kuten kivun syistä ja kivun arvioinnista. Tutkimus on toteutettu asiakirja-analyysinä ja tutkittavien (n=30) valintakriteerinä oli viimeistään kolmantena postoperatiivisena päivänä kirurgian vuodeosastolle siirtyminen ja vähintään kolmen vuorokauden hoitojakso kyseisellä osastolla. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että kipumittarin käytöstä ja potilasohjauksen anta-

misesta oli hyvin vähän merkintöjä. Merkinnät kivun arvioinnista vain vähenivät hoitojakson edetessä. Sen sijaan kivun lääkehoidon toteutumista oli kirjattu hyvin. (Sepänen & Snellman 2014, 2, 12-14.)

Holopainen ja Kantonen (2010) ovat tutkineet kivunhoidon kirjaamisesta terveyskeskussairaалassa. Tutkimus on toteutettu retrospektiivisenä asiakirja-analyysina. Potilasasiakirjoista haettiin vastauksia kysymyksiin kivunhoidon kirjaamisesta. Tutkimukseen valittiin puolen vuoden ajanjaksolta satunnaisesti kaksi vuorokautta, joista otettiin analysoitavaksi 59 asiakirjaa. Tutkimustuloksissa kivusta tai kivuttomuudesta oli merkintä vajaassa kolmanneksessa asiakirjoista. Kivunhoidosta oli kirjattu lähinnä annettu lääke ja lääkemäärä sekä antotapa ja antoajankohta eikä kivun mittaamista tai kivunhoidon vaikuttavuutta. (Holopainen & Kantonen 2010, 2.)

Vaahtera (2015) on tutkinut akuuttia kivunhoidon kirjaamista erään Helsingin ja uudenmaan sairaalan heräämössä. Tutkimus on toteutettu asiakirja-analyysina ja tutkimusaineisto on kerätty heräämölomakkeista (n=50). Tutkimuksen määrällisessä osuudessa arvioitiin, miten kivunhoidon kirjaaminen toteutuu anestesia-lomakkeisiin. Laadullisessa osuudessa lomakkeista analysoitiin kivunhoidon kirjaamisen potilaslähtöisyyttä. Määrällisen osuuden tutkimustulosten mukaan kipumittaria oli käytetty 26 % lomakkeista ja 8 % lomakkeista sisälsi merkinnän kivusta numeerisesti mitattuna. Potilaan oma arvio kivusta oli kirjattu 24 % lomakkeista. Parhaiten oli kirjattu lääke ja lääkemäärä. Laadullisen osuuden tutkimustulosten mukaan potilaslähtöisyys ja yksilöllisyys näkyivät kirjauksina kivun laadusta, sijainnista ja lääkkeen vaikutuksesta. (Vaahtera 2015, 2, 57.)

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä retrospektiivinen asiakirja-analyysi Rauman aluesairaalan kirurgisten leikkauspotilaiden leikkauksen jälkeisestä kivunhoidon kirjaamisesta. Asiakirja-analyysissa käytetään potilasasiakirjatulosteita sekä vanhasta että uudesta kirjaamisjärjestelmästä. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää

kirurgisen leikkauspotilaan leikkauksen jälkeistä kivunhoidon kirjaamista. Tavoitteena on myös vertailla uuden ja vanhan kirjaamisjärjestelmän tuloksia keskenään ja näin selvittää, että onko uusi kirjaamisjärjestelmä kehittänyt kivunhoidon kirjaamista.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on vastata seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Miten leikkauksen jälkeinen kivun arvioinnin kirjaaminen toteutuu Rauman aluesairaalan kirurgisella osastolla?
2. Miten leikkauksen jälkeinen kivunhoidon toteuttamisen kirjaaminen toteutuu Rauman aluesairaalan kirurgisella osastolla?
3. Miten leikkauksen jälkeinen kivunhoidon vaikuttavuuden kirjaaminen toteutuu Rauman aluesairaalan kirurgisella osastolla?
4. Onko uusi kirjaamisjärjestelmä kehittänyt leikkauksen jälkeistä kivunhoidon kirjaamista?

## 4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMISTAPA

### 4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus toteutetaan kvantitatiivista, määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen. Määrällisessä tutkimuksessa tutkittavia asioita, ominaisuuksia ja tutkimustuloksia kuvattaessa käytetään numeroita. (Vilka 2014, 51,54). Potilasasiakirjoista tehdään retrospektiivinen asiakirja-analyysi. Retrospektiivisessä asiakirja-analyysissä aineisto on jo olemassa ja se saadaan menneeltä ajanjaksolta. Tutkimus toteutetaan poikittais-tutkimuksena, jossa aineisto kerätään kertaluonteisesti ja aineiston keruu sijoittuu tietyille ajanjaksoille. (Julkunen, Kankkunen & Vehviläinen 2009, 42.) Aineiston analysointia varten laaditaan analysointirunko. Analysointirunko on laadittu hyödyntäen aiheeseen liittyvää kirjallisuutta, kuten hoitotyön tutkimussäätiön (2013) suositusta aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyöstä ja

Suomen Anestesiologiyhdistyksen kivunhoidon jaoksen työryhmän laatimaa suositusta akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivunhoidon kirjaamisesta.

Analysointirunko koostuu kolmesta eri kivunhoidon osa-alueesta, kivun arvioinnista, kivunhoidon toteuttamisesta ja kivunhoidon vaikuttavuuden arvioinnista (LIITE 2). Nämä kolme kivunhoidon osa-aluetta on valittu analyysirunkoon opinnäytetyön teoriaosaan ja tutkimusongelmiin perustuen. Analyysirunko on laadittu taulukointiohjelmalla. Taulukot rakentuvat kivunhoidon kirjaamiseen liittyvistä kysymyksistä ja vastaus vaihtoehtoina ovat kyllä ja ei. Kyllä -sarakeeseen tulee merkintä, jos tutkittava asia on kirjattu potilasasiakirjaan. Ei -sarakeeseen tulee merkintä, jollei tutkittavaa asiaa ole kirjattu potilasasiakirjaan. Potilaiden eri hoitopäivistä tehdään erilliset analyysirungot, mutta hoitokertomuksista tarkastellaan samoja asioita jokaiselta hoitopäivältä. Vanhasta kirjaamisjärjestelmästä otetut potilasasiakirjatulosteet pidetään erillään uudesta kirjaamisjärjestelmästä otettujen potilasasiakirjojen kanssa, ja ne merkitään erillisiin analyysirunkoihin.

#### 4.2 Kohdeorganisaatio

Tutkimus suoritetaan yhteistyössä Rauman aluesairaalan kanssa. Tutkimuksen toteuttamisesta on alustavasti sovittu Rauman aluesairaalan ylihoitajan kanssa. Kohderyhmään kuuluu Rauman aluesairaalan kirurgian vuodeosastolla leikkauksen jälkeisessä hoidossa olleiden potilaiden kivunhoidon kirjaamiset.

Rauman aluesairaalassa on käytössä Effica- potilastietojärjestelmä. Ennen sähköistä kirjaamista osastolla on kirjattu hoitotyön merkintöjä paperisiin potilasasiakirjoihin. Kirurgian osastolla on siirrytty sähköiseen kirjaamiseen tammikuussa 2015. Sähköisessä potilastietojärjestelmässä kirjattiin kirurgisen hoitotyön lehdelle. Kirjaamisessa käytettiin tuolloin hoitotyön komponentteja. Kirurgian osastolla siirryttiin hoitotyön prosessin mukaiseen kirjaamiseen 9.11.2015 alkaen. (Jasu, henkilökohtainen tiedonanto 27.10.2015). Uudessa kirjaamiskäytännössä kirjataan FinnCC:n luokitusten avulla. Järjestelmä tukee hoitotyön prosessin mukaista kirjaamista ja on jaoteltu tar-

ve-, toiminto-, ja tulosluokituksiin. Kirjaaminen tehdään nyt hoitotyön kertomus – lehdelle. (Vehmas, henkilökohtainen tiedonanto 9.11.2015.)

#### 4.3 Aineiston keruu ja analysointi

Potilasasiakirjat luokitellaan sekundaariaineistoksi, jolla tarkoitetaan muiden jo aiemmin keräämiä aineistoja (Julkunen, Kankkunen & Vehviläinen 2013, 113). Aineisto kerätään sähköisestä potilastietojärjestelmästä tulosteina. Opinnäytetyön tekijä on sopinut ottavansa yhteyttä kirjaamisvastaavaan potilasasiakirjojen tulostamisesta, jotka kirurgian osaston sihteerit tulostaisi. Tutkimuksen perusjoukkoa, kohderyhmää ovat kirurgian osaston leikkauspotilaiden kivunhoidon kirjaamiset. Potilaiden leikkauksen jälkeisistä hoitojaksoista otetaan 80 hoitokertomuksen otos. Otoksella tarkoitetaan havaintoyksiköiden joukkoa, jotka ovat valittu perusjoukosta tutkimukseen (Vilkkä 2007, 51). Tutkimuksessa käytetään potilasasiakirjoja sekä aiemmasta että uudesta kirjaamisjärjestelmästä. Näin pystytään vertaamaan vanhaa ja uutta järjestelmää toisiinsa, ja nähdään myös, että onko uusi järjestelmä kehittänyt kivunhoidon kirjaamista. Otokseen valitaan 40 havaintoyksikköä sekä uudesta että vanhasta kirjaamisjärjestelmästä. Otantamenetelmällä tarkoitetaan menetelmää, jolla tutkittavat asiat valitaan perusjoukosta (Vilkkä 2007, 51). Tässä tutkimuksessa olisi hyvä käyttää systemaattista otantaa, koska sähköisiä potilasasiakirjoja voi olla hankala numeroida ja on kyse laajasta materiaalista. Systemaattisessa otannassa otoksen aloituskohta arvotaan kymmenen ensimmäisen havaintoyksikön joukosta tai valitaan satunnaisesti. Muut havaintoyksiköt poimittaisiin tasavälein perusjoukosta. Valittaisiin esimerkiksi joka viides potilasasiakirjatulosteista tutkimukseen. (Vilkkä 2007, 52-54.) Aineisto analysoidaan analyysirungon avulla. Tulokset taulukoidaan laskentataulukko- ohjelmalla. Tulokset ilmoitetaan lukuina ja prosentteina.

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimusaineisto kerättiin sähköisistä potilasasiakirjoista. Sihteerit tulostivat 40 leikkauspotilaan hoitokertomukset sekä vanhasta että uudesta kirjaamisjärjestelmästä.

Vanhan kirjaamisjärjestelmän potilasasiakirjatulosteet kerättiin aikaväliltä 6.2.2015-21.10.2015. Uuden kirjaamisjärjestelmän tulosteet kerättiin aikaväliltä 1.12.2015-14.4.2016. Poimintaväliksi valikoitui molemmissa joka viides potilasasiakirja. Tällä pyrittiin varmistamaan, ettei materiaali koostu vain tiettyjen hoitajien kirjauksista.

### 5.1 Kivun arviointi

Potilasasiakirjoista tarkasteltiin kivun arviointiin liittyen kivun laadun, sijainnin ja kivun voimakkuuden kirjaamista. Ensimmäisen kysymyksen avulla selvitettiin, onko potilas kivuton. Kun oli merkintä potilaan kivuttomuudesta, kysymyksiin 2-6 jätettiin vastaamatta. Tästä johtuen hoitokertomuksia (n) on eri määrä eri kysymyksissä. Hoitokertomuksia on myös eri määrä eri hoitopäivissä potilaiden hoitajakson pituudesta riippuen. (Taulukko 1 ja 2.)

Vanhan kirjaamisjärjestelmän taulukossa vähiten merkintöjä oli kivun voimakkuudesta levossa ja liikkeessä sekä kivun voimakkuuden mittaamisesta kipumittarilla. Ensimmäisenä hoitopäivänä hoitokertomuksista (n=35) yhdessä oli merkintä kipumittarin käytöstä. Kivun voimakkuudesta levossa ei ollut merkintää muina hoitopäivinä kuin ensimmäisenä hoitopäivänä yhdessä hoitokertomuksista (n=35). Kivun voimakkuutta liikkeessä oli arvioitu vain toisena hoitopäivänä kolmessa hoitokertomuksessa (n=38). (Taulukko 1.)

Uuden kirjaamistavan taulukosta parhaiten oli kirjattu kivun sijaintia potilaan kertomana. Ensimmäisenä hoitopäivänä yli kolmanneksessa (39 %) hoitokertomuksista oli kirjattu kivun sijainnista. Toisena hoitopäivänä yli puolet (65 %) hoitokertomuksista sisälsi merkinnän kivun sijainnista. Kolmantena hoitopäivänä lähes puolet (48 %) hoitokertomuksista sisälsi kirjauksen kivun sijainnista. Vanhan kirjaamiskäytännön taulukossa kivun sijainti oli kirjattu ensimmäisenä kolmena hoitopäivänä 26-30 % hoitokertomuksiin. Kivun laatua oli kirjattu kaikkina hoitopäivinä alle 20 % hoitokertomuksista. Yhteenkään hoitokertomukseen ei ollut kirjattu kipumittarin käytöstä. (Taulukko 1 ja 2.)



Taulukko 1. Vanhan kirjaamisjärjestelmän kivun arvioinnin kirjaamisen tulokset.

Kivun arviointi	Hoitopäivä 1 Kyllä			Hoitopäivä 2 Kyllä			Hoitopäivä 3		
	lkm	%	n=	lkm	%	n=	lkm	%	n=
1. Onko kirjattu potilaan olevan kivuton?	5	12	40	2	5	40	1	4	28
2. Onko kivun laatua kirjattu potilaan kertomana?	6	17	35	4	11	38	3	11	27
3. Onko kivun sijaintia kirjattu potilaan kertomana?	10	29	35	10	26	38	8	30	27
4. Onko kivun voimakkuutta mitattu kipumittarilla? (VAS, NRS, VRS)	1	3	35	0	0	38	0	0	27
5. Onko kirjattu kivun voimakkuutta levossa?	1	3	35	0	0	38	0	0	27
6. Onko kirjattu kivun voimakkuutta liikkeessä?	0	0	35	3	8	38	0	0	27

Taulukko 2. Uuden kirjaamisjärjestelmän kivunhoidon arvioinnin kirjaamisen tulokset.

Kivun arviointi	Hoitopäivä 1 Kyllä			Hoitopäivä 2 Kyllä			Hoitopäivä 3		
	lkm	%	n=	lkm	%	n=	lkm	%	n=
1. Onko kirjattu potilaan olevan kivuton?	2	5	40	2	5	39	1	3	30
2. Onko kivun laatua kirjattu potilaan kertomana?	1	2	38	4	11	37	0	0	29
3. Onko kivun sijaintia kirjattu potilaan kertomana?	15	39	38	24	65	37	14	48	29
4. Onko kivun voimakkuutta mitattu kipumittarilla? (VAS, NRS, VRS)	0	0	38	0	0	37	0	0	29
5. Onko kirjattu kivun voimakkuutta levossa?	0	0	38	1	3	37	0	0	29
6. Onko kirjattu kivun voimakkuutta liikkeessä?	0	0	38	11	30	37	6	21	29

## 5.2 Kivunhoidon toteuttaminen ja vaikuttavuuden arviointi

Kivunhoidon toteuttamisessa tarkasteltiin ylimääräisen kipulääkkeen kirjaamistapaa sekä kipulääkkeen vaikuttavuuden kirjaamista. Myös kivunhoitomenetelmän tehokkuuden arvioimista ja jatkuvan tekniikan, kuten kipupumpun käyttöä tutkittiin. Kysymyksiin 9-15 jätettiin vastaamatta, jos hoitokertomukseen ei ollut kirjattu potilaan saaneen ylimääräistä kipulääkettä. Kysymyksessä 16 kohtiin a, b ja c vastattiin vain, jos potilasasiakirjoissa oli merkintä jatkuvan tekniikan käytöstä. (Taulukko 3 ja 4.)

Vanhan kirjaamisen taulukosta kaikkina kolmena hoitopäivänä yli 35 % potilaista oli saanut ylimääräistä kipulääkettä. Eniten merkintöjä kaikkina hoitopäivinä oli lääkkeen määrästä, vahvuudesta ja antoajasta. Kolmantena hoitopäivänä yli puolet (65 %) hoitokertomuksista sisälsivät lääkkeen määrän ja vahvuuden sekä antoajan. Lääkkeen vaikutuksesta potilaan kertomana oli kirjattu ensimmäisenä hoitopäivänä (31 %), toisena hoitopäivänä (19 %) ja kolmantena hoitopäivänä (45 %) hoitokertomuksista. Jatkuvia tekniikkoja oli merkitty olevan käytössä ensimmäisenä hoitopäivänä seitsemään hoitokertomukseen (n=35) toisena hoitopäivänä kahdeksaan hoitokertomukseen (n=38) ja kolmantena hoitopäivänä viiteen hoitokertomukseen (n=27). Jatkuvan tekniikan lääkemäärää, lääkkeen koostumusta ja lääkeaineenkulutusta ei ollut kirjattu juuri ollenkaan. (Taulukko 3.)

Uuden kirjaamisen taulukossa parhaimmat tulokset olivat lääkemäärän ja vahvuuden sekä antoajan kirjaamisessa. Ensimmäisenä hoitopäivänä alle puolet (48 %) hoitokertomuksista sisälsi merkinnän lääkkeen käyttötarkoituksesta. Toisena hoitopäivänä 73 % hoitokertomuksista ja kolmantena hoitopäivänä 67 % hoitokertomuksista oli kirjattu lääkkeen käyttötarkoitus. Uuden kirjaamisjärjestelmän taulukkoon oli kirjattu hyvin vähän jatkuvien tekniikoiden käytöstä. Ensimmäisenä hoitopäivänä (n=38) ja toisena hoitopäivänä (n=37) oli yhdessä hoitokertomuksessa merkintä jatkuvasta tekniikasta. (Taulukko 4.)

Taulukko 3. Vanhan kirjaamisjärjestelmän kivunhoidon toteuttamisen ja vaikuttavuuden arvioinnin kirjaamisen tulokset.

Kivunhoidon toteuttaminen ja vaikuttavuuden arviointi	Hoitopäivä 1 Kyllä			Hoitopäivä 2 Kyllä			Hoitopäivä 3 Kyllä		
	lkm	%	n=	lkm	%	n=	lkm	%	n=
7. Onko kirjattu kivunhoitomenetelmän tehokkuutta?	3	9	35	1	3	38	2	7	27
8. Onko kirjattu potilaan saaneen ylimääräistä kipulääkettä?	13	37	35	21	55	38	11	41	27
9. Onko kirjattu annettu lääkemäärä ja vahvuus?	7	54	13	10	48	21	7	64	11
10. Onko kirjattu lääkkeen antoaika?	7	54	13	10	48	21	7	64	11
11. Onko kirjattu lääkkeen antotapa?	4	31	13	6	29	21	6	55	11
12. Onko kirjattu lääkkeen käytötarkoitus? (millaiseen kipuun)	5	38	13	5	24	21	7	64	11
13. Onko kirjattu lääkkeen määrääjä?	0	0	13	2	10	21	0	0	11
14. Onko kipulääkkeen antamisen jälkeen mitattu kivun voimakkuutta uudelleen kipumittarilla?(VAS,NRS,VRS)	0	0	13	0	0	21	0	0	11
15. Onko kipulääkkeen antamisen jälkeen kirjattu lääkkeen vaikutuksesta potilaan suullisesti kertomana?	4	31	13	4	19	21	5	45	11
16. Onko kirjattu potilaalla olevan käytössä jatkuva tekniikka esim. PCA tai epiduraalinen kivunlievitys? Jos käytössä, onko kirjattu kohdat A, B ja C?	7	20	35	8	21	38	5	19	27
A Lääkemäärä	1	14	7	0	0	8	0	0	5
B Lääkkeen koostumus	1	14	7	0	0	8	1	20	5
C Lääkeaineen kulutus/vrk	0	0	7	0	0	8	0	0	5

Taulukko 4. Uuden kirjaamisjärjestelmän kivunhoidon toteuttamisen ja vaikuttavuuden arvioinnin kirjaamisen tulokset.

Kivunhoidon toteuttaminen ja vaikuttavuuden arviointi	Hoitopäivä 1 Kyllä			Hoitopäivä 2 Kyllä			Hoitopäivä 3 Kyllä		
	lkm	%	n=	lkm	%	n=	lkm	%	n=
7. Onko kirjattu kivunhoitomenetelmän tehokkuutta?	1	3	38	0	0	37	0	0	29
8. Onko kirjattu potilaan saaneen ylimääräistä kipulääkettä?	25	66	38	30	81	37	18	62	29
9. Onko kirjattu annettu lääkemäärä ja vahvuus?	25	100	38	30	100	30	18	100	18
10. Onko kirjattu lääkkeen antoaika?	25	100	38	30	100	30	18	100	18
11. Onko kirjattu lääkkeen antotapa?	11	44	25	15	50	30	10	56	18
12. Onko kirjattu lääkkeen käyttötarkoitus? (millaiseen kipuun)	12	48	25	22	73	30	12	67	18
13. Onko kirjattu lääkkeen määrääjä?	1	4	25	0	0	30	0	0	18
14. Onko kipulääkkeen antamisen jälkeen mitattu kivun voimakkuutta uudelleen kipumittarilla? (VAS,NRS,VRS)	0	0	25	0	0	30	0	0	18
15. Onko kipulääkkeen antamisen jälkeen kirjattu lääkkeen vaikutuksesta potilaan suullisesti kertomana?	6	24	25	7	23	30	2	11	18
16. Onko kirjattu potilaalla olevan käytössä jatkuva tekniikka esim. PCA tai epiduraalinen kivunlievitys? Jos käytössä, onko kirjattu kohdat A, B ja C?	1	3	38	1	3	37	0	0	29
A Lääkemäärä	0	0	1	0	0	1	0	0	0
B Lääkkeen koostumus	0	0	1	0	0	1	0	0	0
C Lääkeaineen kulutus/vrk	0	0	1	0	0	1	0	0	0

### 5.3 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät

Lääkkeettömissä kivunhoitomenetelmissä on tarkasteltu kylmähoidon, kipua lievittävän asentohoidon ja rentoutusharjoitusten käyttöä leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Vanhan kirjaamisjärjestelmän taulukossa oli eniten merkintöjä kylmähoidon käytöstä. Kylmähoitoa oli käytetty ensimmäisenä hoitopäivänä viidessä hoitokertomuksessa (n=35), toisena päivänä myös viidessä hoitokertomuksessa (n=38) ja kolmantena neljässä hoitokertomuksessa (n=27). Kipua lievittävää asentohoitoa oli kirjattu toisena hoitopäivänä yhteen hoitokertomukseen (n=35) ja kolmantena hoitopäivänä neljään hoitokertomukseen (n=27). Rentoutusharjoituksia ei ollut kirjattu ollenkaan. (Taulukko 5.)

Lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä uuden kirjaamisjärjestelmän taulukossa oli myös eniten merkintöjä kylmähoidosta. Toisena hoitopäivänä suuressa osassa hoitokertomuksista (59 %) on kirjattu kylmäpakkauksen käytöstä. Kipua lievittävästä asentohoidosta on hyvin vähän kirjauksia ja rentoutusharjoituksista merkintöjä ei ole lainkaan tässäkin taulukossa. (Taulukko 6.)

Taulukko 5. Vanhan kirjaamisjärjestelmän lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien kirjaamisen tulokset.

Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät	Hoitopäivä 1			Hoitopäivä 2			Hoitopäivä 3		
	lkm	%	n=	lkm	%	n=	lkm	%	n=
17. Onko kirjattu käytetävän kylmäpakkausta?	5	14	35	5	13	38	4	15	27
18. Onko kirjattu kipua lievittävästä asentohoidosta?	0	0	35	1	3	38	2	7	27
19. Onko kirjattu rentoutusharjoitusten käyttämisestä?	0	0	35	0	0	38	0	0	27

Taulukko 6. Uuden kirjaamisjärjestelmän lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien kirjaamisen tulokset.

Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät	Hoitopäivä 1			Hoitopäivä 2			Hoitopäivä 3		
	lkm	%	n=	lkm	%	n=	lkm	%	n=
<b>17. Onko kirjattu käytetyn kylmäpakkausta?</b>	5	13	38	22	59	37	15	52	29
<b>18. Onko kirjattu kipua lievittävästä asentohoidosta?</b>	2	5	38	1	3	37	0	0	29
<b>19. Onko kirjattu rentoutusharjoitusten käyttämisestä?</b>	0	0	38	0	0	37	0	0	29

#### 5.4 Hoitopäivät neljä ja viisi

Tutkimuksessa otettiin huomioon viisi hoitopäivää kaikista hoitokertomuksista, joissa hoitajakso kesti viidenteen hoitopäivään asti. Neljännessä ja viidennessä hoitopäivässä oli vähemmän hoitokertomuksia kuin ensimmäisessä kolmessa hoitopäivässä. Neljäntenä hoitopäivänä vanhan kirjaamisen taulukossa oli 25 hoitokertomusta (n=25) ja uuden kirjaamisen taulukoissa oli 19 hoitokertomusta (n=19). Viidentenä hoitopäivänä vanhan kirjaamisen taulukossa oli 16 hoitokertomusta (n=16) ja uuden kirjaamisen taulukossa oli vain viisi hoitokertomusta (n=5). (LIITE 3.)

#### 5.5 Kivun arviointi

Kivun arvioinnin osalta neljäntenä hoitopäivänä vanhan kirjaamisen taulukossa kivun laadusta potilaan kertomana oli kirjattu kolmeen hoitokertomukseen (n=24) ja uuden kirjaamisen taulukossa ei yhteenkään hoitokertomukseen (n=19). Viidentenä hoitopäivänä kivun laadusta potilaan kertomana ei ollut kirjattu yhteenkään hoitokertomukseen vanhan (n=15) eikä uuden kirjaamiskäytännön hoitokertomuksista (n=5). Kivun sijaintia potilaan kertomana neljäntenä hoitopäivänä oli kirjattu vanhan kirjaamisen taulukossa kuuteen hoitokertomukseen (n=24) ja uuden kirjaamisen taulu-

kossa kolmeen hoitokertomukseen (n=19). Viidentenä hoitopäivänä vanhan kirjaamisen taulukossa kivun sijainnista potilaan kertomana oli kirjattu kahteen hoitokertomukseen (n=15) ja uuden kirjaamisen taulukossa yhteen hoitokertomukseen (n=5). Potilaan kivuttomuudesta ei ollut merkintää yhdessäkään uuden kirjaamisjärjestelmän taulukossa neljäntenä ja viidentenä hoitopäivänä. Vanhan kirjaamisjärjestelmän taulukossa oli merkitty potilas kivuttomaksi neljäntenä (n=25) ja viidentenä (n=16) hoitopäivänä yhteen hoitokertomukseen. Kipumittarin käytöstä ei ollut merkintöjä ollenkaan. Kivun voimakkuudesta levossa ja liikkeessä oli myös kirjattu hyvin vähän. (LIITE 3.)

### 5.6 Kivunhoidon toteuttaminen ja vaikuttavuuden arviointi

Vanhan kirjaamisen taulukossa ylimääräisen kipulääkkeen saamisesta oli kirjattu neljäntenä hoitopäivänä yhdeksään hoitokertomukseen (n=24) ja viidentenä hoitopäivänä kahteen hoitokertomukseen (n=15). Uuden kirjaamisen taulukossa ylimääräisen kipulääkkeen saamisesta oli kirjattu neljäntenä hoitopäivänä viiteen hoitokertomukseen (n=19) ja viidentenä hoitopäivänä kolmeen hoitokertomukseen (n=5). Lääkemäärä ja vahvuus oli kirjattu vanhan kirjaamisen taulukossa neljäntenä hoitopäivänä viiteen hoitokertomukseen (n=9) ja viidentenä hoitopäivänä ei yhteenkään hoitokertomukseen (n=2). Uuden kirjaamisen taulukossa lääkemäärä ja vahvuus oli kirjattu neljäntenä päivänä viiteen hoitokertomukseen (n=5) ja myös viidentenä päivänä viiteen hoitokertomukseen (n=5). Lääkkeen käyttötarkoitus oli kirjattu vanhassa kirjaamisjärjestelmässä neljäntenä hoitopäivänä neljään hoitokertomukseen (n=9) ja viidentenä hoitopäivänä ei yhteenkään hoitokertomukseen (n=2). Uudessa kirjaamisjärjestelmässä lääkkeen käyttötarkoitus oli kirjattu neljäntenä hoitopäivänä yhteen hoitokertomukseen (n=5) ja viidentenä hoitopäivänä yhteen hoitokertomukseen (n=3). (LIITE 3.)

Kivunhoitomenetelmän tehokkuutta ei ollut kirjattu kuin vanhan kirjaamisen taulukossa neljäntenä hoitopäivänä kahteen hoitokertomukseen (n=24). Kipulääkkeen antamisen jälkeen kivun voimakkuuden mittaamista kipumittarilla ei ollut kirjattu yhteenkään hoitokertomukseen uudessa eikä vanhassa kirjaamisjärjestelmässä. Kipulääkkeen antamisen jälkeen lääkkeen vaikutuksesta potilaan suullisesti kertomana oli

kirjattu vanhan kirjaamisen taulukossa neljäntenä hoitopäivänä yhteen hoitokertomukseen (n=9) ja viidentenä hoitopäivänä ei yhteenkään hoitokertomukseen (n=2). Uuden kirjaamisen taulukossa kipulääkkeen vaikutuksesta potilaan suullisesti kertomana oli kirjattu neljäntenä hoitopäivänä kahteen hoitokertomukseen (n=5) ja viidentenä hoitopäivänä ei yhteenkään hoitokertomukseen (n=3). (LIITE 3.)

### 5.7 Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät

Kylmähoidon käytöstä ja kipua lievittävästä asentohoidosta oli molemmista kirjattu vanhan kirjaamisen taulukossa neljäntenä hoitopäivänä neljään hoitokertomukseen (n=24) ja viidentenä päivänä yhteen hoitokertomukseen (n=15). Uuden kirjaamisen taulukossa oli merkintä kylmähoidon käytöstä neljäntenä hoitopäivänä viidessä hoitokertomuksessa (n=19) ja viidentenä hoitopäivänä ei yhdessäkään hoitokertomuksessa (n=5). Kipua lievittävää asentohoitoa oli uuden kirjaamisen taulukossa kirjattu neljäntenä hoitopäivänä yhteen hoitokertomukseen (n=19) ja viidentenä hoitopäivänä ei yhteenkään hoitokertomukseen (n=5). Rentoutusharjoituksista ei ollut merkintää yhdessäkään hoitokertomuksista. (LIITE 3.)

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelua

Ensimmäisenä tutkimusongelmana oli selvittää, miten leikkauksen jälkeinen kivun arvioinnin kirjaaminen toteutuu Rauman aluesairaalan kirurgisella osastolla. Analysointirungon ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin merkintää potilaan kivuttomuudesta. Kivuttomaksi kirjattuja hoitopäiviä oli vanhan kirjaamiskäytännön hoitokertomuksissa kymmenen ja uuden kirjaamiskäytännön hoitokertomuksissa viisi. Eniten kivuttomaksi kirjattuja hoitopäiviä oli ensimmäisenä hoitopäivänä, jolloin kivuttomaksi oli kirjattu seitsemän potilasta. Potilaiden kotiutuspäivänä oli harvoin merkintää kivuttomuudesta tai kivusta yleensäkin. Mielestäni kotiutuspäivänä olisi tärkeää arvioida potilaan kipua. Kivun arvioinnin kirjaamisesta huonoiten toteutui



kivun voimakkuuden kirjaaminen. Kivun voimakkuuden mittaamisesta ei ollut kirjattu potilaan kertomana suullisesti, visuaalisesti tai numeerisesti mitattuna. Kaikista tutkimuksessa käytetyistä hoitokertomuksissa (n=80) yhdessä oli kirjattu VAS- arvo. Kivun laatua potilaan kertomana oli kirjattu jokaisen hoitopäivän kohdalla sekä vanhassa että uudessa kirjaamisessa alle 20 % hoitokertomuksista. Kivun sijainnin kirjaaminen oli toteutunut paremmin ja kivun sijainti oli usein kirjattu ylimääräisen kipulääkkeen käyttötarkoituksen kirjaamisen yhteyteen. Kivun voimakkuudesta levossa oli kirjattu vain kolmeen hoitokertomukseen (n=80). Kivun voimakkuuden arviointia liikkeessä oli kirjattu paremmin uudessa kirjaamiskäytännön hoitokertomuksissa, joissa 20 hoitokertomuksessa (n=35) oli maininta kivun voimakkuudesta liikkeessä. Vanhan kirjaamiskäytännön hoitokertomuksista (n=31) vain neljässä oli arvioitu kivun voimakkuutta liikkeessä.

Toisena tutkimusongelmana oli selvittää, miten leikkauksen jälkeinen kivunhoidon toteuttamisen kirjaaminen toteutuu Rauman aluesairaalan kirurgisella osastolla. Potilaiden oli kirjattu saavan ylimääräistä kipulääkettä eniten toisena hoitopäivänä. Uuden kirjaamiskäytännön toisena hoitopäivänä oli kirjattu 81 % potilaista saaneen ylimääräistä kipulääkettä. Vanhan kirjaamiskäytännön toisena hoitopäivänä 55 % potilaista oli kirjattu saaneen ylimääräistä kipulääkettä. Uuden kirjaamiskäytännön hoitokertomuksissa potilaat ovat saaneet kaikkina päivinä prosentuaalisesti enemmän ylimääräistä kipulääkettä.

Jatkuvan tekniikan käytöstä oli kirjattu vanhan kirjaamiskäytännön hoitokertomuksissa selvästi enemmän kuin uudessa. Lähes kaikki jatkuvista tekniikoista olivat PCA-kipupumppuja. Epiduraalinen kivunlievitystekniikka oli kirjattu vain yhteen hoitokertomukseen. Vanhan kirjaamiskäytännön ensimmäisenä hoitopäivänä 20 % hoitokertomuksista oli kirjattu olevan käytössä jatkuva tekniikka kivunlievityksessä, toisena hoitopäivänä 21 % ja kolmantena hoitopäivänä 19 %. Uuden kirjaamiskäytännön ensimmäisenä hoitopäivänä jatkuva kivunlievitystekniikka oli kirjattu 3 % hoitokertomuksista, toisena hoitopäivänä 3 % ja kolmantena päivänä 0 %. Jatkuvan tekniikan käytön väheneminen saattaisi vaikuttaa siihen, että uudessa kirjaamiskäytännössä on kirjattu enemmän ylimääräisen kipulääkkeen antamisia. Uudessa kirjaamiskäytännössä oli myös kirjattu vähemmän kivuttomia hoitopäiviä kuin vanhassa.

Lääkemäärä, lääkkeen vahvuus ja lääkkeen antoaika oli kirjattu sataprosenttisesti uudessa kirjaamisjärjestelmässä kaikkina viitenä hoitopäivänä. Vastaavasti vanhassa kirjaamiskäytännössä ensimmäisenä hoitopäivänä 54 % hoitokertomuksista, toisena 48 % ja kolmantena 64 % ja viidentenä päivänä 0 % molemmissa. Neljäntenä hoitopäivänä lääkemäärä ja vahvuus on kirjattu 56 % hoitokertomuksista ja lääkkeen antoaika 44 % hoitokertomuksista. Uusi kirjaamiskäytäntö on selvästi parempi ylimääräisen kipulääkkeen merkitsemistä ajatellen. Lääkkeen antotavan kirjaamisessa sen sijaan on vielä kehitettävää uudessakin kirjaamiskäytännössä. Lääkkeen määrää ei ollut merkitty niin vanhassa eikä uudessakaan kirjaamiskäytännössä.

Kolmantena tutkimusongelmana oli selvittää kivunhoidon vaikuttavuuden arviointia. Kivunhoitomenetelmän tehokkuutta ei ollut juurikaan arvioitu. Vanhan kirjaamisjärjestelmän kaikkina hoitopäivinä kivunhoitomenetelmän tehokkuutta oli kirjattu alle 10 % hoitokertomuksista. Uudessa kirjaamisjärjestelmässä vain yhtenä hoitopäivänä oli kirjattu yhteen hoitokertomukseen kivunhoitomenetelmän tehokkuutta. Kipulääkityksen riittävyyden arviointiin pitäisi kiinnittää huomiota näiden tulosten perusteella. Kipulääkkeen antamisen jälkeen ei ollut mitattu kivun voimakkuutta uudelleen kipumittarilla yhdessäkään hoitokertomuksessa. Koska kipumittaria ei ollut käytetty, olisi ollut tärkeää kirjata kipulääkkeen vaikutuksesta potilaan suullisesti kertomana. Vanhassa kirjaamisjärjestelmässä oli kipulääkkeen antamisen jälkeen kirjattu lääkkeen vaikutuksesta potilaan suullisesti kertomana ensimmäisenä hoitopäivänä 31 %, toisena hoitopäivänä 19 %, kolmantena hoitopäivänä 45 %, neljäntenä hoitopäivänä 11 % ja viidentenä hoitopäivänä 0 % hoitokertomuksista. Uudessa kirjaamisjärjestelmässä vastaavat luvut olivat ensimmäisenä hoitopäivänä 24 %, toisena hoitopäivänä 23 %, kolmantena hoitopäivänä 11 %, neljäntenä hoitopäivänä 40 % ja viidentenä hoitopäivänä 0 %. Kipulääkkeen vaikuttavuuden arviointi on tärkeä osa kivunhoidosta.

Analyysirungossa kysyttiin alun perin myös kivunhoidon haittavaikutuksista, kuten pahoinvoinnista. Osoittautui kuitenkin hankalaksi arvioida johtuiko pahoinvointi nimienomaan kipulääkkeestä, koska sitä ei ollut suoranaisesti kirjattu. Esimerkiksi ensimmäisenä hoitopäivänä pahoinvointi voi liittyä myös leikkauksessa käytettyyn anestesia-aineeseen, kuten nukutukseen. Pidin kuitenkin tilastoa pahoinvoinnista ja muista kivunhoidon mahdollisesti aiheuttamista haittavaikutuksista. Vanhassa kir-

jaamisjärjestelmässä pahoinvointia oli kirjattu ensimmäisenä hoitopäivänä kahdeksaan hoitokertomukseen (n=35), toisena hoitopäivänä viiteen hoitokertomukseen (n=38), kolmantena hoitopäivänä yhteen hoitokertomukseen (n=27) ja neljäntenä päivänä yhteen hoitokertomukseen (n=24). Tämän lisäksi kolmeen hoitokertomukseen oli kirjattu selkeästi kipulääkkeen aiheuttaneen potilaalle sekavuutta. Yhteen hoitokertomukseen oli kirjattu kipulääkkeestä aiheutuneen kutinaa potilaalle. Uudessa kirjaamisjärjestelmässä pahoinvointia oli kirjattu ensimmäisenä hoitopäivänä kuuteen hoitokertomukseen (n=38) ja toisena hoitopäivänä kolmeen hoitokertomukseen (n=37). Eniten pahoinvointia potilailla oli kirjattu siis ensimmäisenä hoitopäivänä.

Neljäntenä tutkimusongelmana oli selvittää, onko uusi kirjaamisjärjestelmä kehittänyt leikkauksen jälkeistä kivunhoidon kirjaamista. Kivun arvioinnin osa-alueella uudessa kirjaamisjärjestelmässä kivun sijaintia potilaan kertomana oli kirjattu enemmän kuin vanhassa kirjaamisjärjestelmässä. Vanhassa kirjaamisjärjestelmässä kolmena ensimmäisenä hoitopäivänä kivun sijainnista oli kirjattu 26-30 % hoitokertomuksista ja uudessa 39-65 %. Myös kivun voimakkuudesta liikkeessä oli kirjattu enemmän uudessa kuin vanhassa kirjaamisjärjestelmässä. Kivun voimakkuuden mittaamisen kirjaamista uusi kirjaamisjärjestelmä ei ollut kehittänyt. Kivunhoidon toteuttamisesta uusi kirjaamisjärjestelmä oli selkeästi kehittänyt lääkemäärän, lääkkeen vahvuuden ja lääkkeen antoajan kirjaamista. Lääkkeen käyttötarkoituksesta oli myös kirjattu selkeästi enemmän uudessa kirjaamisjärjestelmässä. Kolmena ensimmäisenä hoitopäivänä uudessa kirjaamisjärjestelmässä lääkkeen käyttötarkoitus oli kirjattu 48-73 % hoitokertomuksista, kun taas vanhassa kirjaamisjärjestelmässä 24-64 % hoitokertomuksista. Kivunhoitomenetelmän tehokkuuden ja kipulääkkeen vaikuttavuuden arvioinnin kirjaamista uusi kirjaamisjärjestelmä ei ollut kehittänyt. Lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä kylmähoidon käytöstä oli selkeästi enemmän merkintöjä uuden kirjaamisjärjestelmän hoitokertomuksissa. Uusi kirjaamisjärjestelmä oli kehittänyt lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien kirjaamista ainoastaan kylmähoidon osalta.

Uuden kirjaamisjärjestelmän ensimmäiset tulosteet kivunhoidon kirjaamisista ovat joulukuun alusta, jolloin hoitajat olivat kirjanneet uuteen kirjaamisjärjestelmään vasta kuukauden ajan, joten kirjaaminen voi siis vielä kehittyä. Uuden kirjaamisjärjestelmän vaikutusta kivunhoidon kirjaamiseen kokonaisvaltaisesti ei välttämättä voida täysin nähdä vielä. Viimeiset uuden kirjaamisjärjestelmän tulosteet kivunhoidon kir-

jaamisista ovat kuitenkin huhtikuulta, jolloin järjestelmä oli ollut käytössä jo viisi kuukautta.

Tämän opinnäytetyön tutkimustulokset ovat samankaltaisia aiempien tutkimustulosten kanssa. Holopaisen ja Kantosen (2010, 2) kivun kirjaamisen tutkimustuloksissa kivunhoidosta oli kirjattu parhaiten lääke ja lääkemäärä sekä antoajankohta. Kivun mittaamista ja kivunhoidon vaikuttavuutta ei ollut kirjattu lähes ollenkaan. Vaahteran (2015, 2, 57) akuutin kivun kirjaamisen tutkimustuloksissa parhaiten oli myös kirjattu lääke ja lääkemäärä. Kipumittaria oli käytetty vain neljänneksessä tutkimusaineistosta.

## 6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida validiteetin ja reliabiliteetin keinoin. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksessa käytettävän mittarin kykyä mitata tutkimuksen kannalta olennaisia asioita. Käytännössä validiteetilla viitataan siihen, että onko tutkija pystynyt siirtämään tutkimuksen teorian tiedon mittariin, tässä tutkimuksessa analyysirunkoon. (Vilkkä 2007, 14.) Tutkimuksen ulkoisella validiteetilla arvioidaan, kuinka hyvin tutkimustuloksia voidaan yleistää perusjoukkoon tutkimuksen ulkopuolella. Tutkimuksen reliabiliteetissa tarkastellaan mittarin kykyä tuottaa luotettavia tuloksia. (Kankkunen ym. 2013, 189-190.)

Tutkimuksen aineisto on asiakirjamateriaalia. Tutkimuksen haasteena on hyvä sisältyvaliditeetti, mittarin tulisi mitata tutkimuksen kannalta keskeisiä asioita. On myös tärkeää, että kivunhoidon kirjaamisen kriteerit ovat selvillä ja ne osataan soveltaa analyysirunkoon. (Kankkunen ym. 2009, 131-136.) Mittarin luotettavuutta tarkasteltiin osastonhoitajan ja kirjaamisvastaavan kanssa. Tutkimus on objektiivinen, koska tutkimusaineistona ovat viralliset asiakirjat, eikä tutkija voi vaikuttaa tutkimustulokseen (Vilkkä 2007 13,15). Analysointirunkoa muokattiin toimivammaksi vielä tutkimusaineiston analysoinnin alussa poistamalla kaksi kysymystä, joihin ei koettu saavan vastausta hoitokertomuksista.

### 6.3 Tutkimuksen eettisyys

Keskeisimpiä hoitotieteellisiä tutkimuksia ohjaavia lakeja ovat laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999), henkilötietolaki (523/1999) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). (Kankkunen ym. 2013, 211-214.) Henkilötietolaki edellyttää tutkimusaineistolta anonymiteettia. Anonymiteetti voi olla myös organisaation toiveena. Onkin tärkeää selvittää saako tutkimuksessa mainita sairaalan tai osaston nimeä. Tutkittaviksi valittavien pitää olla tasa-arvoisia, eikä tutkija saa mielivaltaisesti jättää otoksen ulkopuolelle epämieluisia tutkittavia. (Kankkunen ym. 2013, 214-221.)

Opinnäytetyön tekijä anoo tutkimusten suorittamista varten tutkimuslupaa Rauman sosiaali- ja terveysvirastolta. Tässä tutkimuksessa ei loukata tutkittavien yksityisyyden suojaa, koska potilasasiakirjoista poistetaan tutkittavien henkilötunnisteet. Tutkimusaineiston tulostaa osaston sihteeri käyttäen systemaattista otantaa, joka perustuu tiettyyn poimintaväliin, jolloin tutkittavia asiakirjoja ei voi valita. Rauman sosiaali- ja terveysvirasto myönsi tutkimusluvan opinnäytetyöntekijälle 10.3.2016 (LIITE 1).

Opinnäytetyön tekijä selvitti tutkimusluvasta keskustellessa, että sairaalan ja osaston nimeä saa käyttää. Tutkimusaineisto käsiteltiin luottamuksellisesti. Tutkimusaineisto palautetaan ylihoitajalle, joka huolehtii aineiston oikeanlaisesta hävittämisestä.

### 6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa kirurgisen osaston kivunhoidon kirjaamisen kehityskohteisiin ja puutteisiin voidaan kiinnittää enemmän huomiota tämän tutkimuksen tuloksia hyödyntämällä. Leikkauksen jälkeisestä kivunhoidon kirjaamisesta voisi tehdä tutkimuksen Rauman aluesairaalassa myös päiväkirurgian osastolla ja heräämössä, joissa toteutetaan välitöntä leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa. Näin saataisiin tietoon myös mahdolliset eroavaisuudet kivunhoidon kirjaamisessa eri osastojen välillä.

Yhtenä jatkotutkimusaiheena voisi olla myös kysely hoitajille, että miten he kokivat uuden kirjaamisjärjestelmän vaikuttaneen kivunhoidon kirjaamiseen ja kokivatko he saaneen riittävästi koulutusta ja informaatiota uudesta kirjaamisjärjestelmästä. Tarvittaessa kivunhoidon kirjaamisesta voisi järjestää lisäkoulutusta. Tutkimustulosten perusteella hyviä jatkotutkimusaiheita olisivat kivun mittaaminen ja kivunhoidon vaikuttavuuden arviointi. Kivun mittaamista ja kivunhoidon vaikuttavuuden arviointia voitaisiin tutkia myöhemmin uudelleen kirurgisella osastolla.

## 6.5 Oman ammatillisen kehittymisen arviointi

Opin paljon tutkimuksellisen opinnäytetyön eri vaiheista, kuten suunnittelusta ja toteuttamisesta. Tutkimuksen suorittaminen kvantitatiivisena asiakirja-analyysina oli menetelmänä melko työläs yhdelle opinnäytetyön tekijälle, koska halusin aineistoa kuitenkin riittävästi tutkimuksen luotettavuuden vuoksi. Asiakirja-analyysissa on hyvänä puolena riittävä tutkimusaineiston saaminen. Opin käsittelemään laajaa tutkimusaineistoa ja tulosten tilastointia. Opin myös käyttämään taulukointiohjelmaa paremmin ja muutkin tietotekniikan taidot kehittyivät opinnäytetyön tekemisen myötä. Opin myös tarkastelemaan objektiivisesti tutkimusaineistoa ja analysoimaan tutkimusaineistoa.

Opinnäytetyötä tehdessäni opin paljon oman työni aiheesta, kivunhoidon kirjaamisesta. Perehtymällä aiheen teoretietoon opin, miten leikkauksen jälkeistä kivunhoidon kirjaamista pitäisi toteuttaa. Opin myös kivunhoidon kirjaamisessa potilaslähtöisen kirjaamistavan olevan hyvin tärkeää. Uskon saaneeni hyvät valmiudet toteuttaa kivunhoidon kirjaamista sairaanhoitajana työskennellessä ja kiinnittäväni siihen huomiota paljon enemmän kuin aiemmin.

## LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. 1.-2. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoinen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2013 (viitattu 9.2.2015). Saatavilla: [www.hotus.fi](http://www.hotus.fi)

Ensio, A., Saranto, K., Sonninen, A. & Tanttu, K. 2007. 1. p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Haanpää, M., Kalso, E. & Vainio, A. 2009. Kipu. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hagelberg, N., Kauppila, M., Närhi, M. & Salanterä, S. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hedman, P. & Hänninen, M. 2010. Hyvä kivun hoitotyön kirjaaminen. Turun ammattikorkeakoulu.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin www-sivut. 2016. Viitattu 30.4.2016. <http://www.hus.fi>

Hoikka, A., Heikkinen, K., Honkanen, R., Ilola, T. & Katomaa, J. 2013. Anestesia-hoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Holopainen, O. & Kantonen, T. 2010. Kivunhoidon kirjaaminen terveyskeskuksen sairaalassa: Retrospektiivinen asiakirja-analyysi hoitajien kivunhoidon kirjaamisesta. AMK-opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu.

Jalonen, J., Junttila, E., Metsävainio, K., Niemi-Murola, L. & Pöyhiä, R. 2012. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Jasu, J. 2015. Osastonhoitaja, Rauman aluesairaala. Rauma. Henkilökohtainen tiedonanto. 27.10.2015.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY

Lummikko, A. 2016. Yksityinen kuva-arkisto.

Pajunen, S. & Toppi, T. 2014. Kivun arviointi ja kirjaaminen Oulun yliopistollisessa sairaalassa: Sairaanhoitajien kokemuksia kirurgisilta vuodeosastoilta. AMK-opinnäytetyö. Oulun ammattikorkeakoulu.

Päivärinta, A. 2012. Muistisairaahan kivunarviointi –hoitajien kokemuksia PAINAD-kipumittarin käytöstä. AMK-opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Seppänen, K. & Snellman, J. 2014. Kirurgisen potilaan kivun hoitotyön kirjaamisen arviointi kirurgisella vuodeosastolla. AMK-opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu.

Suomen Anestesiologiyhdistyksen www-sivut. Suositus leikkauksen jälkeisen akuutin kivun ja kivun hoidon kirjaamisesta. Viitattu 2.11.2012. <http://www.say.fi>

Vaahtera, S. 2015. Akuutin kivunhoidon kirjaamisen arviointi eräässä HUS:n sairaalan heräämössä. AMK-opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu.

Vainio, A. 2009. Kivun hallinta. Opioidit. Viitattu 16.11.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Vehmas, M. 2015. Kirjaamisvastaava, Rauman aluesairaala. Rauma. Henkilökohtainen tiedonanto. 9.11.2015

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.





RAUMAN KAUPUNKI  
Sosiaali- ja terveysvirasto  
Vs. sosiaali- ja terveysjohtaja

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA  
10.3.2016

26/2016

Muut asiat  
/0//0

#### Opinnäyte-/tutkimuslupahakemus

Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin:

- tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä
- tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla
- tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä
- mahdollisesti tarvittaessa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessa.

Opinnäytetyö/tutkimus:


Leikkauksen jälkeisen kivunhoidon kirjaaminen Rauman aluesairaalassa

Hakija: Aino Lummikko  
Riekkopolku 3 A 22  
26100 Rauma

Päätös Hyväksyn tutkimuslupa-anomuksen.

Liitteet Hakemus

Päätöksen  
allekirjoitus

  
Anita Mattila  
Vs. sosiaali- ja terveysjohtaja

Pöytäkirja nähtävillä 16.3.2016

Tiedoksi Hakija, yhteyshenkilö

Tiedoksianto  
asianosaiselle

Tämä päätös on  
[ x ] lähetetty tiedoksi mainituille

Tämä päätös on  
[ ] annettu tiedoksi mainituille

Päiväys 10.3.2016

Tiedoksiantaja

Terttu Grönvall

Otto-oikeus

Päätös voidaan panna täytäntöön, ellei siihen käytetä kuntalain mukaista otto-oikeutta.

Oikaisuvaatimus-  
ohjeet

Tästä päätöksestä ei saa tehdä oikaisuvaatimusta (KunL 91 § [ ])

Oikaisuvaatimusviranomaisen  
Sosiaali- ja terveyslautakunta  
PL 283  
26101 Rauma

## LIITE 2

Kivun arviointi	Kyllä	Ei
1. Onko kirjattu potilaan olevan kivuton?		
2. Onko kivun laatua kirjattu potilaan kertomana?		
3. Onko kivun sijaintia kirjattu potilaan kertomana?		
4. Onko kivun voimakkuutta mitattu kipumittarilla? (VAS, NRS,VRS)		
5. Onko kirjattu kivun voimakkuutta levossa?		
6. Onko kirjattu kivun voimakkuutta liikkeessä?		

Kivunhoidon toteuttaminen ja vaikuttavuuden arviointi	Kyllä	Ei
7. Onko kivunhoitomenetelmän tehokkuutta arvioitu?		
8. Onko kirjattu potilaan saaneen ylimääräistä kipulääkettä?		
9. Jos on, onko kirjattu annettu lääkemäärä ja lääkkeen vahvuus?		
10. Onko kirjattu lääkkeen antoaika?		
11. Onko kirjattu lääkkeen antotapa?		
12. Onko kirjattu lääkkeen käyttötarkoitus? (millaiseen kipuun)		

13. Onko kirjattu lääkkeen määrääjä?		
14. Onko kipulääkkeen antamisen jälkeen mitattu kivun voimakkuutta uudelleen kipumittarilla? (VAS, NRS,VRS)		
15. Onko kipulääkkeen antamisen jälkeen kirjattu lääkkeen vaikutuksesta potilaan suullisesti kertomana?		
16. Onko kirjattu potilaalla olevan käytössä jatkuva tekniikka esim. PCA tai epiduraalinen kivunlievitys? Jos on käytössä, onko kirjattu kohdat A, B ja C?		
A) Lääkemäärä		
B) Lääkkeen koostumus		
C) Lääkeaineen kulutus/vrk		

Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät: kylmähoito, asentohoito, rentoutusharjoitukset	Kyllä	Ei
17. Onko kirjattu käytettävän kylmäpakkausta?		
18. Onko kirjattu kipua lievittävästä asento- hoidosta?		
19. Onko kirjattu rentoutusharjoituksien käyttä- misestä?		

Taulukko 7. Vanhan kirjaamisjärjestelmän kivun arvioinnin kirjaamisen tulokset.

Kivun arviointi	Hoitopäivä 4 Kyllä			Hoitopäivä 5 Kyllä		
	lkm	%	n=	lkm	%	n=
1. Onko kirjattu potilaan olevan kivuton?	1	4	25	1	6	16
2. Onko kivun laatua kirjattu potilaan kertomana?	3	13	24	0	0	15
3. Onko kivun sijaintia kirjattu potilaan kertomana?	6	25	24	2	13	15
4. Onko kivun voimakkuutta mitattu kipumittarilla? (VAS, NRS, VRS)	0	0	24	0	0	15
5. Onko kirjattu kivun voimakkuutta levossa?	1	4	24	0	0	15
6. Onko kirjattu kivun voimakkuutta liikkeessä?	0	0	24	1	7	15

Taulukko 8. Uuden kirjaamisjärjestelmän kivun arvioinnin kirjaamisen tulokset.

Kivun arviointi	Hoitopäivä 4 Kyllä			Hoitopäivä 5 Kyllä		
	lkm	%	n=	lkm	%	n=
1. Onko kirjattu potilaan olevan kivuton?	0	0	19	0	0	5
2. Onko kivun laatua kirjattu potilaan kertomana?	0	0	19	0	0	5
3. Onko kivun sijaintia kirjattu potilaan kertomana?	3	16	19	1	20	5
4. Onko kivun voimakkuutta mitattu kipumittarilla? (VAS, NRS, VRS)	0	0	19	0	0	5
5. Onko kirjattu kivun voimakkuutta levossa?	0	0	19	0	0	5
6. Onko kirjattu kivun voimakkuutta liikkeessä?	3	16	19	0	0	5

Taulukko 9. Vanhan kirjaamisjärjestelmän kivunhoidon toteuttamisen ja vaikuttavuuden arvioinnin kirjaamisen tulokset.

Kivunhoidon toteuttaminen ja vaikuttavuuden arviointi	Hoitopäivä 4 Kyllä			Hoitopäivä 5 Kyllä		
	lkm	%	n=	lkm	%	n=
7. Onko kirjattu kivunhoitomenetelmän tehokkuutta?	2	8	24	0	0	15
8. Onko kirjattu potilaan saaneen ylimääräistä kipulääkettä?	9	38	24	2	13	15
9. Onko kirjattu annettu lääkemäärä ja vahvuus?	5	56	9	0	0	2
10. Onko kirjattu lääkkeen antoaika?	4	44	9	0	0	2
11. Onko kirjattu lääkkeen antotapa?	1	11	9	0	0	2
12. Onko kirjattu lääkkeen käyttötar- koitus? (millaiseen kipuun)	4	44	9	0	0	2
13. Onko kirjattu lääkkeen määrääjä?	0	0	9	0	0	2
14. Onko kipulääkkeen antamisen jäl- keen mitattu kivun voimakkuutta uu- delleen kipumittarilla?(VAS,NRS,VRS)	0	0	9	0	0	2
15. Onko kipulääkkeen antamisen jäl- keen kirjattu lääkkeen vaikutuksesta potilaan suullisesti kertomana?	1	11	9	0	0	2
16. Onko kirjattu potilaalla olevan käy- tössä jatkuva tekniikka esim. PCA tai epiduraalinen kivunlievitys? Jos käytös- sä, onko kirjattu kohdat A, B ja C?	1	4	24	1	7	15
A Lääkemäärä	1	100	1	1	100	1
B Lääkkeen koostumus	1	100	1	1	100	1
C Lääkeaineen kulutus/vrk	0	0	1	0	0	1



Taulukko 10. Uuden kirjaamisjärjestelmän kivunhoidon toteuttamisen ja vaikuttavuuden arvioinnin kirjaamisen tulokset.

Kivunhoidon toteuttaminen ja vaikuttavuuden arviointi	Hoitopäivä 4 Kyllä			Hoitopäivä 5 Kyllä		
	lkm	%	n=	lkm	%	n=
7. Onko kirjattu kivunhoitomenetelmän tehokkuutta?	0	0	19	0	0	5
8. Onko kirjattu potilaan saaneen ylimääräistä kipulääkettä?	5	26	19	3	60	5
9. Onko kirjattu annettu lääkemäärä ja vahvuus?	5	100	5	3	100	3
10. Onko kirjattu lääkkeen antoaika?	5	100	5	3	100	3
11. Onko kirjattu lääkkeen antotapa?	0	0	5	0	0	3
12. Onko kirjattu lääkkeen käyttötar- koitus? (millaiseen kipuun)	1	20	5	1	33	3
13. Onko kirjattu lääkkeen määrääjä?	0	0	5	0	0	3
14. Onko kipulääkkeen antamisen jäl- keen mitattu kivun voimakkuutta uu- delleen kipumittarilla?(VAS,NRS,VRS)	0	0	5	0	0	3
15. Onko kipulääkkeen antamisen jäl- keen kirjattu lääkkeen vaikutuksesta potilaan suullisesti kertomana?	2	40	5	0	0	3
16. Onko kirjattu potilaalla olevan käy- tössä jatkuva tekniikka esim. PCA tai epiduraalinen kivunlievitys? Jos käytös- sä, onko kirjattu kohdat A, B ja C?	0	0	19	0	0	5
A Lääkemäärä	0	0	0	0	0	0
B Lääkkeen koostumus	0	0	0	0	0	0
C Lääkeaineen kulutus/vrk	0	0	0	0	0	0

Taulukko 11. Vanhan kirjaamisjärjestelmän lääkkeettömän kivunhoidon kirjaamisen tulokset.

Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät	Hoitopäivä 4			Hoitopäivä 5		
	lkm	%	n=	lkm	%	n=
17. Onko kirjattu käytettävän kylmäpakkausta?	4	17	24	1	7	15
18. Onko kirjattu kipua lievittävästä asentohoidosta?	4	17	24	1	7	15
19. Onko kirjattu rentoutusharjoitusten käyttämisestä?	0	0	24	0	0	15

Taulukko 12. Uuden kirjaamisjärjestelmän lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien kirjaamisen tulokset.

Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät	Hoitopäivä 4			Hoitopäivä 5		
	lkm	%	n=	lkm	%	n=
17. Onko kirjattu käytettävän kylmäpakkausta?	5	26	19	0	0	5
18. Onko kirjattu kipua lievittävästä asentohoidosta?	1	5	19	0	0	5
19. Onko kirjattu rentoutusharjoitusten käyttämisestä?	0	0	19	0	0	5